

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE .

1924-1925 — N° 115

DU
DÉCOLLEMENT PLEURO-PARIÉTAL
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES SUPPURATIONS PULMONAIRES NON BACILLAIRES

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Jean-Yves-Marie MAINGUY

Né à MONT-DE-MARSAN (Landes), le 19 septembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, chargé de cours..	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
47, RUE POQUELIN-MOLIERE, 47

1925

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 115

DU
DÉCOLLEMENT PLEURO-PARIÉTAL
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES SUPPURATIONS PULMONAIRES NON BACILLAIRES

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Jean-Yves-Marie MAINGUY

Né à MONT-DE-MARSAN (Landes), le 19 septembre 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé ..	
		CHARRIER, chargé de cours..	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	GAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible hommage à celle qui se dévoua
pour moi.

A MES FRÈRES YVES ET PAUL.

A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PAPIN

*Chargé du cours complémentaire de médecine opératoire,
Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de guerre.*

Qui nous inspira le sujet de notre travail
et ne nous ménagea pas ses précieux con-
seils.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour le très grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence de notre
thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DU

DÉCOLLEMENT PLEURO-PARIÉTAL

DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES SUPPURATIONS PULMONAIRES NON BACILLAIRES

INTRODUCTION

La chirurgie pulmonaire dont les progrès furent lents, par suite des conditions spéciales des organes auxquels elle s'adressait, n'a plus rien aujourd'hui à envier aux autres branches de l'art chirurgical. Au fur et à mesure des progrès réalisés, de nombreux procédés opératoires ont vu le jour et se partagent la faveur du chirurgien.

Quel chemin parcouru depuis la simple incision du poumon jusqu'à la lobectomie!

M. le professeur agrégé Papin, ayant eu l'occasion, l'an dernier et cette année même, d'opérer deux cas de suppuration pulmonaire par un procédé spécial dit décollement pleuro-pariétal, procédé dû entièrement à Tuffier, et dont les observations sont peu nombreuses, nous a engagé à étudier ce dernier et c'est sur son inspiration que nous avons entrepris ce modeste travail sur le décollement pleuro-pariétal et ses applications dans le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires non bacillaires.

Nous comptons suivre, pour ce faire, le plan suivant :

Après avoir fait l'historique de la question, nous étudierons tout d'abord, dans un chapitre, les raisons qui militent en faveur de cette opération, et nous établirons le but qu'elle se propose. Puis, après avoir cité les observations qui nous paraissent les plus intéressantes, nous discuterons de l'application de ce procédé dans les différents types de suppuration pulmonaire qui peuvent en bénéficier, étudiant ses indications, ses contre-indications et nous ferons, ce faisant, un parallèle avec les différentes méthodes opératoires employées, cherchant surtout à montrer que, loin de s'exclure, elles se complètent dans bien des cas.

Le problème est loin d'être tiré au clair car, par suite du petit nombre d'observations publiées et de la difficulté souvent très grande que l'on a pour placer la maladie dans un cadre nosologique bien net et bien fixé, par suite de la difficulté que rencontre le diagnostic précis des suppurations pulmonaires, il paraît bien téméraire de se prononcer d'une manière définitive.

Nous tâcherons cependant de tirer de notre travail les conclusions qui nous paraissent les plus exactes et d'apporter ainsi notre faible part à l'œuvre commune.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le nom d'un grand chirurgien français domine l'histoire de ce procédé opératoire qui lui appartient tout entier. J'ai nommé Tuffier.

C'est lui qui, en 1890, montre la possibilité du décollement pleuro-pariétal et de son utilisation dans la cure radicale de la hernie du poumon. C'est lui qui, en 1891, applique ce procédé opératoire à la résection du sommet du poumon pour bacillose et le préconise pour affaïsser ce sommet dans le cas d'hémoptysie incoercible. En 1893, avec Desfosses, il pratique des recherches sur le cadavre, présente ses conclusions à la Société de chirurgie de Paris, et montre tous les services que peut rendre ce décollement dans l'exploration chirurgicale des poumons.

Au Congrès de Moscou, en 1897, il étudie la question du traitement chirurgical des suppurations pulmonaires. Et c'est ainsi qu'il décrit successivement le décollement pleuro-pariétal comme voie d'accès sur le parenchyme pulmonaire soit à réséquer, soit à explorer, soit à affaïsser.

En 1910, il a l'idée de combiner ce décollement produisant l'affaïssement du poumon dans la région décollée à la compression de ce dernier par une greffe grasseuse remplissant la cavité du pneumothorax extra-pleural ainsi créé et propose cette méthode comme traitement de certaines cavités pulmonaires suppurées et bacillaires.

Il pratique cette opération pour la première fois le 21 avril 1910 dans un cas d'abcès gangréneux du poumon. De 1910 à 1913, il publie plusieurs observations d'abcès gangréneux du poumon (3 cas), de dilatation des bronches (2 cas), de bacillose cavitaire (2 cas), traités par ce procédé avec succès.

Il expose sa méthode au Congrès de Bruxelles en 1912, où il est vivement combattu par le chirurgien allemand Garré et au XVII^e Congrès des sciences médicales de Londres, en 1913. En 1914, Tuffier résume tous ces faits dans son livre *la Chirurgie thoracique*.

Quelques chirurgiens allemands l'imitèrent à cette époque, en particulier dans des cas de bacilliose cavitaires. Baer publie deux observations; Sauerbruch, trois observations; Jessen, cinq observations. Ces auteurs, au lieu de se servir de greffe graisseuse ou d'épiploon pour comprimer le poumon, emploient pour ce faire un plombage inorganique à base de paraffine.

En 1913, Lambret obtient par l'opération de Tuffier un excellent résultat dans un cas de dilatation des bronches.

Par la suite, quelques observations sont publiées en Allemagne, en Amérique, en Angleterre, mais se rapportant presque toutes à des cas de bacilliose. Nous trouvons là les noms de Rivière, Romanis, Davies, Lyod, Moore, Lilienthal, Peters, Collins.

En 1921, Roux-Berger émet l'idée que la compression temporaire du poumon suffit à la guérison des lésions non bacillaires, et il apporte cinq observations dans lesquelles il a utilisé cette méthode.

Cette communication est le point de départ d'une discussion serrée entre Tuffier, Delbet, Hallopeau.

Descarpentries, au cours de la même année, publie trois observations de dilatation des bronches traitées par la compression temporaire.

La question du traitement chirurgical des suppurations pulmonaires est à cette époque à l'ordre du jour et divers auteurs tels que Weil, Picot, de Vernejoul, Dénéchau, Santy et Guilleminet font paraître des études sur ce problème.

En 1924, Verger, F. Papin et Piéchaud publient une observation d'abcès gangréneux du sommet du poumon traité avec succès par le procédé de Tuffier et enfin Denk apporte, en janvier 1925, onze cas de bacilliose cavitaires traités chirurgicalement par le décollement pleuro-pariétal.

CHAPITRE II

DU DECOLLEMENT PLEURO-PARIETAL. — SON ESPRIT. SON BUT

En présence d'une collection purulente intra-pulmonaire, deux éventualités se présentent à l'esprit. Ou bien, par un processus naturel, la collection va s'ouvrir dans les bronches et grâce à la vomique ainsi produite et si le drainage bronchique est suffisant, la collection sera évacuée et la guérison obtenue; ou bien la collection ne se drainant pas ou se drainant mal par les bronches, le chirurgien, pour lutter contre la septicémie, devra aller à sa recherche, l'ouvrir et la drainer à l'extérieur. C'est ce que réalise la pneumotomie.

Mais, alors qu'en règle générale, dans un abcès des membres par exemple, l'évacuation de la cavité purulente est le point capital du traitement, nous nous trouvons, dans le cas des suppurations pulmonaires, en face de faits tout différents.

Les poumons sont contenus en effet dans une forme rigide qui est la cage thoracique. Ils en sont, d'autre part, solidaires et c'est la rigidité thoracique qui différencie les suppurations pulmonaires des autres suppurations. En effet, alors que par ailleurs, lorsque le contenu des abcès s'est vidé, les parois tendent à s'accoler et à se cicatriser, ici la rigidité thoracique, en ne permettant pas au poumon de s'affaisser, maintient la béance de la cavité purulente, s'oppose à la coalescence des parois, et la suppuration continue à s'établir par suite de la non-cicatrisation des lésions.

D'autre part, la lésion passant à l'état chronique, il se pro-

duit tout autour de la cavité septique des lésions de sclérose qui amèneront tôt ou tard des dilatations bronchiques secondaires et feront du malade un véritable infirme.

Ainsi, à côté des opérations que l'on peut appeler directes, opérations qui n'ont en vue que le drainage de la lésion, existe-t-il un groupe d'opérations dites indirectes qui, profitant du drainage bronchique, ont justement en vue de permettre au parenchyme pulmonaire de se mobiliser, de revenir sur lui-même, de s'affaisser, réalisant ainsi l'évacuation permanente de la cavité, et permettant, par suite de l'accolement de ses parois, la cicatrisation de la lésion. Pour ce faire, il fallait vaincre la rigidité thoracique qui s'oppose justement à ce processus. Trois procédés opératoires sont employés dans ce but. On les a rangés dans le cadre de ce que l'on a appelé la « collapsothérapie ». Le premier en date est la thoracotomie extra-pleurale qui, en supprimant la rigidité thoracique, grâce à des résections costales étendues, parvient à son but.

Les deux autres procédés visent à supprimer la solidarité qui existe entre l'appareil pleuro-pulmonaire et la cage thoracique.

Le premier, qui n'est pas, à proprement parler, un procédé chirurgical, est le pneumothorax artificiel.

L'autre, celui que nous avons en vue dans notre étude, porte le nom de décollement pleuro-pariétal ou de pneumothorax extra-pleural, suivant que l'on considère la cause ou l'effet produit. Son principe consiste à décoller le feuillet pariétal de la plèvre dans la région atteinte, permettant ainsi au poumon de s'affaisser dans la région décollée. On établit ainsi en quelque sorte un pneumothorax extra-pleural que l'on maintient en comprimant la région décollée soit par une masse non résorbable (lipome, épilploon, plombages inorganiques), soit par un tamponnement temporaire, ces divers modes de compression prenant point d'appui sur la cage thoracique.

Tels sont le but et le principe du décollement pleuro-pariétal. Nous allons maintenant étudier sa technique précise et ses applications pratiques.

CHAPITRE III

DE LA TECHNIQUE DU DECOLLEMENT PLEURO-PARIETAL

Avant d'entrer dans l'étude de la technique opératoire du décollement pleuro-pariétal, il faut nous demander dans quelles conditions ce dernier peut être effectué.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est Tuffier qui, dès 1890, montre la possibilité de décoller la plèvre pariétale de la paroi thoracique et, d'autre part, voulant préciser la question, il entreprit avec Desfosses, de nombreuses recherches sur le cadavre, recherches qui lui permirent d'aboutir aux conclusions suivantes que nous résumons :

1° La plèvre pariétale est facile à décoller sans déchirure. Il faut pour cela être prudent et patient;

2° Il est possible, par la résection d'une seule côte, sur une étendue de cinq centimètres environ, de décoller la plèvre au pourtour de l'incision sur une étendue au moins égale à celle de la main;

3° Les points où la plèvre paraît le plus adhérente sont les bords supérieur et inférieur des côtes. Elle se laisse facilement décoller des muscles intercostaux internes et de la face postérieure des côtes;

4° Le décollement est plus facile à la partie antérieure du thorax qu'à la partie postérieure, en particulier au niveau de l'angle des côtes, et qu'à la partie interne où il est plus pénible.

La possibilité du décollement pleuro-pariétal étant ainsi établie, voyons maintenant quels sont les différents modes de

compression du poumon qui ont été proposés pour réaliser le second temps de l'opération.

Deux méthodes sont en présence :

1° Méthode de Tuffier. — Tuffier préconise la compression permanente du poumon par une masse non résorbable. On peut, pour ce faire, employer :

a) *Des masses organiques.* — Tuffier employa successivement des fragments de lipome, d'épiploon, conservés à la glacière dans des conditions d'asepsie parfaite. Lambret se servit de tissu cellulo-graisseux prélevé sur le malade lui-même au cours de l'opération;

b) *Des masses inorganiques.* — Baer, Jessen, Geverden, Lienthal, Denk préférèrent utiliser des masses inorganiques pour combler la cavité créée par le pneumothorax extra-pleural. Parmi ces dernières, citons : la pâte bismuthée, des blocs de paraffine.

2° Méthode de Roux-Berger. — Roux-Berger, partant de l'idée qu'une lésion non bacillaire du poumon ne nécessitait pas une compression définitive de cet organe, ne pratique qu'une compression temporaire chez ses malades. Pour ce faire, on se servit de mèches de gaze bien tassées (Roux-Berger, Papin), de ballonnet de caoutchouc (Roux-Berger), de ballon de crin (Delbret), d'éponge de caoutchouc (Mocquot).

Tels sont les faits sur lesquels repose l'opération du décollement pleuro-pariétal avec compression du poumon. Entrons maintenant dans l'étude de la technique opératoire proprement dite.

Soins préopératoires. — En plus des soins préopératoires ordinaires, il importe, dans la journée qui précède l'opération, de faire expectorer le malade le plus possible, de façon à évacuer le contenu de la cavité purulente et éviter que le malade n'absorbe ce contenu septique au cours de l'opération.

Anesthésie. — Trois méthodes ont été employées par les divers auteurs.

1° Anesthésie générale. — Nous avons vu employer le chloroforme, le protoxyde d'azote, les vapeurs surchauffées d'éther.

Un point capital domine la technique de l'anesthésie générale. Elle doit être très légère et doit cesser dès que, la résection costale étant effectuée, on décolle la plèvre pariétale de la paroi, car, à ce moment, le poumon s'affaissant, le contenu septique de la cavité purulente est évacué et il est nécessaire que le malade ait tous ses réflexes, en particulier le réflexe tussigène qui lui permettra d'éviter l'absorption de tous ces produits septiques.

Il nous semble que le chloroforme doit être préféré à l'éther qui, comme nous le savons, est souvent la cause de complications pulmonaires dont la gravité serait bien accrue puisqu'elles surviendraient sur un terrain déjà en état de moindre résistance;

2° On peut aussi employer l'anesthésie locale, mais elle est souvent insuffisante et on est souvent obligé de la combiner à l'anesthésie générale;

3° C'est cette anesthésie mixte qui constitue la troisième méthode.

Technique opératoire. — Le malade étant placé dans la position que réclame la localisation de la lésion et après asepsie parfaite du champ opératoire, on commence l'opération.

PREMIER TEMPS. — L'incision cutanée doit être tracée suivant les indications topographiques de chaque cas particulier. Après avoir incisé les parties molles et pratiqué une hémostase soignée pour éviter que le sang ne gêne ultérieurement, on résèque cinq à six centimètres de la côte qui se présente, de façon à avoir un jour suffisant. On arrive alors sur la plèvre pariétale et on la libère des fibres musculaires qui peuvent lui adhérer. On commence alors le décollement de la plèvre pariétale, en le pratiquant toujours au doigt, la pulpe de ce dernier agissant au contact de la paroi thoracique.

Il faut employer beaucoup de précautions, aller doucement, être très prudent et, à ce prix, sa réalisation en est, en général, facile.

Le décollement étant poursuivi dans ces conditions sur une étendue suffisante, suivant les indications de chaque cas, on

voit le poumon s'éloigner de la paroi thoracique dans la région décollée. On crée ainsi un pneumothorax extra-pleural local que Tuffier compare « à une chambre voûtée dont le plancher est formé par la plèvre, la voûte par le grill costal ». C'est cette chambre qu'il va falloir combler en comprimant le poumon.

DEUXIÈME TEMPS. — a) *Première méthode.* — Si l'on utilise une masse organique, il suffit de greffer cette dernière dans la cavité et de suturer muscles et peau par-dessus, sans drainage. La technique est la même si l'on emploie des masses inorganiques dont on remplit la cavité.

DEUXIÈME MÉTHODE. — Il suffit de tasser des mèches de gaze en quantité suffisante dans la cavité ou de placer le ballonnet de caoutchouc aseptique que l'on gonfle par la suite, à une pression adéquate.

Puis, sans suturer, l'on fait un pansement compressif.

Incidents opératoires. — On ne rencontre pas, en général, de grosses difficultés pour pratiquer le décollement, mais il peut arriver qu'en arrivant à la limite des adhérences pleurales, la plèvre se déchire, créant ainsi un pneumothorax chirurgical, éventualité qui présente des inconvénients importants comme nous le montrent les observations II et VII.

Si cet incident survenait, il faut chercher à réduire au minimum l'entrée de l'air dans la plèvre en plaçant un doigt sur la déchirure, de la suturer si possible et de terminer rapidement l'opération.

Soins postopératoires. — Si l'on a suivi la méthode de Tuffier, la plaie opératoire doit être traitée comme d'ordinaire et elle se cicatrise par première intention.

Si l'on a utilisé la méthode de Roux-Berger on maintient la compression le temps nécessaire à la guérison, en se basant sur les signes cliniques. On change les mèches de gaze tous les cinq jours environ jusqu'à guérison, et la plaie se cicatrise par seconde intention. On peut même hâter le retour du poumon à la paroi par des exercices respiratoires appropriés.

Incidents postopératoires. — Ils sont d'ordre local ou d'ordre général.

1° *Incidents locaux.* — La suppuration peut s'établir dans la zone décollée. Aussi faut-il pratiquer l'opération avec la plus grande asepsie. D'autre part, il se peut que les masses organiques ou inorganiques employées pour comprimer le poumon ne soient pas tolérées par l'organisme et elles sont, de ce fait, quelquefois éliminées. Tous ces incidents compromettent sérieusement la guérison.

2° *Incidents généraux.* — L'opération pratiquée peut ne pas donner un résultat suffisant et, en présence de la persistance des accidents, on peut être amené à pratiquer d'autres interventions pour sauver le malade. Ce qui nous montre que les indications du décollement pleuro-pariétal doivent être bien connues, si l'on veut employer ce procédé opératoire avec succès. Ce sont elles que nous nous proposons d'étudier par la suite.

CHAPITRE IV

DES INDICATIONS DU DECOLLEMENT PLEURO-PARIETAL DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUPPURATIONS PULMONAIRES

Avant d'entrer dans l'étude des indications du décollement pleuro-pariétal, précisons les caractères essentiels des suppurations pulmonaires d'ordre chirurgical. Elles répondent à deux grandes classes.

1° *Des suppurations évoluant avec une allure aiguë ou sub-aiguë.* — Lésions récentes caractérisées anatomiquement par la présence d'un foyer en général formé d'une cavité unique ou du moins de cavités peu nombreuses et, caractère important, ne s'accompagnant pas de sclérose étendue de voisinage. A cette catégorie appartiennent les abcès du poumon et la gangrène pulmonaire.

Ces suppurations peuvent se présenter sous deux formes différentes :

a) Elles communiquent avec l'extérieur; elles sont ouvertes dans les bronches. Suppuration ouverte;

b) Elles ne communiquent pas avec l'extérieur et ont souvent tendance à évoluer vers la corticalité, vers la cavité pleurale. Suppurations fermées.

2° *Des suppurations à allure franchement chronique, dont le type est la dilatation des bronches.* — Ces lésions sont presque toujours ouvertes dans les bronches et sont caractérisées cliniquement par leur allure torpide, lente, continue, entrecoupée de poussées aiguës et anatomiquement par des lésions diffuses

formées de petites cavités nombreuses dues à la dilatation bronchique, lésions entourées d'une gangue péribronchique de sclérose très marquée, processus scléreux qui donne son caractère particulier à la maladie.

Telles sont les deux grandes classes de suppurations pulmonaires que nous considérerons dans notre travail et nous étudierons successivement les indications du décollement pleuro-pariétal dans chacune d'elles.

A. — *Lésions aiguës ou subaiguës*
(*type abcès du poumon, gangrène pulmonaire*).

C'est en général en cas d'échec du traitement médical, ou bien en présence d'accidents graves qui imposent une action immédiate, que l'on fait appel au chirurgien.

Le diagnostic et la localisation de la lésion étant établis par la clinique, la radiologie, les examens de laboratoire, si des contre-indications formelles (lésions diffuses sans foyer, bilatéralité des lésions, malades *in extremis*) ne s'opposent pas à l'intervention chirurgicale, le chirurgien peut avoir recours, dans ce cas, à deux groupes d'interventions :

1° Pneumotomie. Ouverture et drainage du foyer à l'extérieur.

2° a) Pneumothorax artificiel;

b) Thoracoplastie extra-pleurale;

c) Décollement pleuro-pariétal.

Voyons dans quels cas l'on devra utiliser le décollement pleuro-pariétal ou, au contraire, dans quels cas on devra s'adresser aux autres interventions, établissant ainsi, du même coup, les indications et les contre-indications de l'opération de Tuffier.

Si l'on est en présence d'une collection fermée, ne se drainant pas à l'extérieur, il est évident que l'on ne peut pratiquer le décollement pleuro-pariétal, qui nécessite un drainage bronchique suffisant. C'est le cas des suppurations aiguës, récentes, où l'ouverture dans les bronches n'a pas eu le temps de se faire,

ou bien des suppurations siégeant à la corticalité et ayant tendance à s'ouvrir dans la cavité pleurale. C'est encore le cas des suppurations de volume considérable qui, de par leur volume, ne peuvent s'évacuer qu'incomplètement dans les bronches et tout ce qui précède nous dicte la première indication du décollement pleuro-pariétal.

1° Il faut que la lésion se draine par les bronches;

2° Il faut que ce drainage soit suffisant.

Roux-Berger cite une observation dans laquelle l'opération ne fut pas suivie de résultat, par suite de l'insuffisance du drainage bronchique.

D'autre part, quand la suppuration évolue vers la cavité pleurale et finit par s'ouvrir dans cette cavité, créant ainsi un pyopneumothorax, l'on comprend facilement que, pour lutter contre les accidents ainsi produits, on est obligé d'avoir recours à la pleurotomie, et nous voyons par cela même que toute complication pleurale (pleurésie purulente, pyopneumothorax) contre-indique formellement le décollement pleuro-pariétal.

Si nous poussons l'étude des suppurations pulmonaires, un fait important se présente à notre esprit. C'est la fréquence des adhérences pleurales dans les cas de suppuration pulmonaire. C'est un fait bien connu et bien établi. Cette réaction de défense de la séreuse aboutit à la formation d'une symphyse pleurale, symphyse pleurale qu'il est très important de connaître, car cette notion domine toute une partie de la thérapeutique des affections pulmonaires. Ces adhérences pleurales existent surtout dans des cas de suppuration pulmonaire évoluant déjà depuis quelque temps, et, plus l'affection est récente, plus on a de chance de ne pas en trouver.

Nous allons voir toute l'importance de ce fait, car nous devons considérer séparément les cas où il y a des adhérences pleurales et les cas où elles n'existent pas.

Si la cavité pleurale est libre, le décollement pleuro-pariétal est contre-indiqué.

1° Parce que l'on peut alors pratiquer un pneumothorax artificiel qui, entre les mains de divers auteurs, a donné de nombreux succès.

2° D'autre part, si les plèvres ne sont pas soudées par des adhérences, le décollement pleuro-pariétal est très délicat à réaliser, car l'on peut alors, malgré toutes les précautions prises, déchirer le feuillet pariétal de la plèvre, éventualité toujours grave, comme nous le montrent nos observations II et VII.

Dans le cas d'adhérences pleurales, au contraire, on doit avoir recours au décollement pleuro-pariétal. Le pneumothorax artificiel est alors irréalisable ou dangereux, et il n'arrive pas souvent à affaïsser la partie malade maintenue par des adhérences.

Ainsi deuxième grande indication de l'opération de Tuffier : Les plèvres doivent être soudées au niveau de la lésion.

Et ce point important nous permet de faire un parallèle entre le pneumothorax artificiel et le décollement pleuro-pariétal, véritable pneumothorax extra-pleural, méthodes qui, loin de s'exclure, se complètent heureusement.

Ces deux procédés visent au même but : profiter du drainage bronchique pour évacuer la suppuration en affaïssant le poumon et en permettant ainsi à la lésion de se cicatriser.

Le pneumothorax artificiel, qui a donné de bons résultats dans le traitement des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire, voit ses indications très réduites par suite de la présence d'adhérences pleurales qui rendent impossible le collapsus de la partie malade. D'autre part, il est dangereux de rompre brutalement ces adhérences. Weil rapporte 2 cas de gangrène pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel, qui se terminèrent par la mort des malades, la rupture des adhérences ayant fissuré le poumon dans la région gangrenée et ayant occasionné ainsi des complications pleurales très graves.

Le décollement pleuro-pariétal bénéficie au contraire de la présence d'adhérences pleurales. Il présente en outre deux avantages sur la méthode de Forlanini :

1° Le poumon n'est collabé que dans la partie malade et seulement dans cette partie, le reste du poumon sain continuant à remplir ses fonctions;

2° Le collapsus est obtenu d'emblée et il ne nécessite pas un traitement de longue durée comme le pneumothorax artificiel.

L'on sait, toutefois, toute la difficulté du diagnostic des adhérences pleurales et la méthode suivante paraît par cela même logique. Si ce diagnostic est hésitant, on peut d'emblée tenter d'effectuer un pneumothorax. S'il réussit, il est inutile d'intervenir chirurgicalement. Dans le cas contraire, il ne reste qu'à pratiquer secondairement le décollement pleuro-pariétal, le pneumothorax extra-pleural. On change ainsi simplement, comme on l'a eu dit, le pneumothorax d'étage.

Roux-Berger signale cependant le danger (Obs. VII) qu'il y a à pratiquer l'opération avant que le pneumothorax soit résorbé car, si par malheur on déchire la plèvre, les conséquences paraissent être beaucoup plus graves en cas de pneumothorax préalable.

Telle est la question posée par les adhérences pleurales.

Voyons maintenant les autres facteurs qui jouent un rôle dans le choix de l'intervention.

Tout d'abord le siège de la lésion.

Les lésions centrales s'accompagnent moins souvent que les lésions périphériques d'adhérences pleurales. Aussi ce sont surtout ces dernières qui bénéficient de l'opération de Tuffier. D'autre part, il semble que les lésions du sommet et de la partie supérieure du poumon bénéficient plus que les autres de cette dernière. Quincke a démontré que les lésions de la partie inférieure du poumon en position déclive par rapport aux bronches se drainaient en général mal, mais se cicatrisaient bien, par suite de l'élasticité plus grande de la partie inférieure de la cage thoracique, tandis que les lésions du sommet, de par leur position par rapport aux bronches, se vidaient mieux mais se cicatrisaient mal, la partie supérieure du thorax étant très rigide.

Ceci nous explique l'efficacité plus grande du procédé de Tuffier dans ce dernier cas.

Il est encore un point important à envisager, c'est la forme anatomique de la lésion. Existe-t-il une seule cavité, existe-t-il

plusieurs cavités? Le décollement pleuro-pariétal peut être pratiqué dans le premier cas. Dans le second, à condition que ces lésions multiples soient cependant assez localisées, c'est le procédé de choix, car il permet d'affaïsser d'un coup toutes ses lésions qui ne pourraient bénéficier d'un drainage par pneumotomie.

Enfin, la nature de la lésion est importante à considérer. Tous les abcès répondant aux conditions que nous avons énoncées peuvent bénéficier largement de ce procédé, en particulier les formes cliniques d'abcès du poumon à allure subaiguë.

Pour ce qui est des gangrènes pulmonaires, il faut se souvenir que la gangrène, à l'encontre de l'abcès qui est enkysté, est caractérisée par la présence d'un bloc pulmonaire diffus voué à la nécrose et s'éliminant en masse, se drainant difficilement de ce fait par les bronches. C'est le cas en particulier de la gangrène pulmonaire d'origine embolique, et il ne faudra pas attendre, dans ce cas, l'ouverture du foyer à l'extérieur, mais ouvrir et drainer ces masses de nécrose à l'extérieur. La forme clinique justiciable de la collapsothérapie est la gangrène primitive à forme pneumonique.

Tels sont les principaux faits sur lesquels repose l'opération de Tuffier.

Ainsi, en présence de suppurations aiguës ou subaiguës du poumon, on aura recours :

A la pneumotomie : Dans les cas de suppurations ne se drainant pas par les bronches ou se drainant mal, dans les cas de suppuration de volume considérable, dans le cas de suppurations s'accompagnant de complications pleurales et tous les cas où il importe d'aller vite pour parer aux accidents septicémiques graves.

Dans tous les autres cas, on s'adressera à la collapsothérapie, au pneumothorax artificiel, s'il n'y a pas d'adhérences pleurales. Si les plèvres sont sordées on aura recours au décollement pleuro-pariétal.

Car la pneumotomie est une opération sérieuse, shockant beaucoup le malade. Elle se complique souvent d'hémorragies

secondaires très graves, surtout dans les cas de gangrène pulmonaire. D'autre part, l'écoulement des produits septiques finit par infecter la plaie opératoire et il persiste souvent des fistules après la guérison.

Le décollement pleuro-pariétal doit être préféré dans les cas de lésions aiguës ou subaiguës à la thoracoplastie extrapleurale, car il arrive au même but sans recourir à des résections costales aussi étendues. Elle sera réservée à des lésions chroniques anciennes. C'est une opération grave, mutilante, qui s'accompagne souvent de troubles respiratoires et circulatoires après la guérison, par suite des délabrements importants qu'elle nécessite. Le décollement pleuro-pariétal, au contraire, est une opération peu mutilante et qui permet, après la guérison, la *restitutio ad integrum* parfaite.

Opération rapide, simple, peu shockante, ne compromettant pas les fonctions respiratoires après la guérison, elle a donné d'excellents résultats dans les cas d'abcès et de gangrène du poumon avec des résultats durables comme en témoignent nos observations. Sa mortalité est faible, c'est ce qui nous permet de conclure qu'elle mérite d'être employée plus souvent dans les cas de suppurations pulmonaires récentes.

B. — *Suppurations chroniques du poumon* (*type dilatation des bronches*).

Il est bien établi que la dilatation des bronches est une des lésions les plus rebelles à toute thérapeutique et bien rares sont les cas de guérison vraie, indiscutable, avec arrêt complet de la toux et de l'expectoration et reprise de l'état général.

On obtient surtout des améliorations, importantes certes, et qui méritent d'être prises en considération, mais simplement des améliorations.

D'ailleurs les malades arrivent le plus souvent tard au chirurgien, avec un état général précaire, ce qui explique en

grande partie la mortalité opératoire importante dans le traitement chirurgical de la dilatation des bronches.

Le point capital qui domine ce traitement est constitué par la multiplicité des lésions formées de petites cavités, le tout plongé dans une masse de sclérose importante, processus scléreux qui différencie justement les suppurations aiguës récentes des suppurations chroniques anciennes.

Le chirurgien étant décidé à intervenir et les contre-indications à toute intervention chirurgicale étant écartées, peut s'adresser à trois grands groupes d'interventions.

1° Pneumotomie;

2° Lobectomie;

3° Collapsothérapie :

a) pneumothorax artificiel;

b) thoracotomie extra-pleurale;

c) décollement pleuro-pariétal.

Nous citons simplement la ligature des artères lobaires et la phrénicotomie.

Voyons quelles sont les indications respectives de ces opérations, établissant ainsi du même coup les indications particulières du décollement pleuro-pariétal.

1° **La pneumotomie.** — Ce fut longtemps la seule intervention pratiquée. Elle consiste à ouvrir et à drainer la collection suppurée à l'extérieur. Mais la dilatation des bronches ne se présente que rarement sous la forme de collections susceptibles d'être drainées. Elles sont diffuses et, d'autre part, la pneumotomie ne peut être qu'une opération palliative, car elle ne peut rien contre la sclérose qui s'oppose à la cicatrisation des lésions.

En outre, c'est une opération particulièrement grave dans la dilatation des bronches. Toutes les statistiques sont d'accord à ce sujet. Les hémorragies secondaires, l'infection pleurale sont fréquentes. Aussi cette intervention est-elle à peu près abandonnée et réservée à des cas spéciaux. Elle ne sera utilisée que dans les cas de dilatations vastes, peu nombreuses, s'accompagnant de rétention avec tous les accidents septicémiques

qui en résultent, ou dans les cas se compliquant de gangrène pulmonaire secondaire.

2° Lobectomie. — Certains auteurs comme Lilienthal, Heldblom, Guibal, en France, sont d'avis de considérer la masse formée par les lésions de dilatation bronchique et la sclérose comme une tumeur maligne, et ils proposent purement et simplement son extirpation. C'est en principe l'opération idéale, mais si elle a donné des résultats excellents à ces auteurs, quand le malade supporte bien l'intervention, il faut reconnaître que la mortalité opératoire est très importante. Toutes les statistiques donnent le chiffre de 50 % environ de mortalité. D'autre part, la technique de cette intervention est très délicate. Elle ne convient qu'à des lésions limitées à un lobe, le lobe inférieur en particulier. On ne peut l'appliquer dans des cas de lésions diffuses, disséminées dans tout un poumon. Aussi, en raison de sa gravité et de ces derniers faits, la lobectomie reste, du moins actuellement, un procédé d'exception.

3° Collapsothérapie. — La collapsothérapie trouve encore des indications dans les cas de dilatation des bronches. C'est, en effet, une suppuration pulmonaire ouverte qui se draine en général suffisamment par les bronches, et, d'autre part, il semble que l'affaissement de la partie malade puisse parvenir à lutter contre la sclérose qui contribue pour la plus grande part à maintenir la suppuration.

D'ailleurs ne voit-on pas que par un processus naturel, chez les malades atteints de dilatation des bronches, il se produit souvent une rétraction importante de tout l'hémithorax du côté atteint, rétraction due aux efforts du parenchyme pulmonaire qui tend à affaisser les lésions en revenant sur lui-même. Aussi il est logique d'aider ce processus naturel par la collapsothérapie. On peut pour ce faire utiliser :

a) *Le pneumothorax artificiel.* — Ses indications sont très réduites, car les plèvres sont presque toujours soudées, dans les cas de lésions anciennes. Il doit être réservé, de préférence quand il est réalisable, à des lésions diffuses, car il permet alors d'affaisser le poumon tout entier.

b) *La thoracoplastie extra-pleurale.* — Cette opération qui jouit de la faveur de nombreux chirurgiens consiste à supprimer la rigidité thoracique qui s'oppose à l'affaissement du poumon, au moyen de résections costales étendues. Il y a différentes techniques opératoires, celle de Friedrich et de Sauerbruch en particulier. Elle a donné de beaux succès à de nombreux chirurgiens. Elle permet d'affaisser le poumon d'une manière durable et définitive. Mais c'est une opération grave qui doit être faite souvent en plusieurs temps. Elle est en outre très mutilante, détruisant la statique thoracique et occasionnant de nombreux troubles pulmonaires et circulatoires. C'est malgré tout un bon procédé à employer surtout dans des lésions disséminées dans le parenchyme pulmonaire, des lésions anciennes, car elle permet d'affaisser le poumon dans sa plus grande partie, et de lutter efficacement contre les blocs de sclérose importante accompagnant les lésions anciennes, la compression étant durable et définitive.

c) *Le décollement pleuro-pariétal.* — Cette opération a fait ses preuves dans le traitement chirurgical de la dilatation des bronches. Les observations de Tuffier, de Lambret, de Descarpentiers, de Mocquot, en font foi. Mais le problème est tout différent que dans les suppurations aiguës ou subaiguës, et il semble que ce procédé doit surtout être réservé à des cas : 1° de lésions limitées; 2° de lésions formées de cavités ayant tendance à se réunir en une cavité plus grande; 3° il a donné de beaux succès dans les cas de suppurations chroniques limitées au lobe supérieur, lésions rares il est vrai; 4° d'autre part, plus la lésion chronique sera récente, plus le malade sera jeune, plus grandes seront les chances de succès; 5° l'opération est contre-indiquée dans les cas de lésions diffuses.

Ce procédé présente l'avantage sur la thoracotomie extra-pleurale, d'être simple, de ne pas être mutilant, ne réclamant pas les grands délabrements que nécessite la thoracotomie extra-pleurale. D'autre part, la compression prend point d'appui sur le squelette thoracique conservé, ce qui est un point important.

Aussi en présence des résultats obtenus par Tuffier, Lazebret, Descarpentries, Mocquot, résultats qui comportent des améliorations indiscutables, durables, sinon des guérisons complètes, sans porter un jugement définitif par suite du petit nombre d'observations publiées (7), pouvons-nous dire que l'opération de Tuffier mérite de prendre place à côté des autres techniques opératoires, et qu'elle constitue une arme de plus contre ces lésions si rebelles.

*Doit-on utiliser la compression définitive du poumon
ou la compression temporaire?*

Avant de terminer notre travail, il nous reste à étudier un point important du traitement des suppurations pulmonaires par le décollement pleuro-pariétal.

Tuffier était parti de l'idée que la compression devait être définitive et lui et ses imitateurs se servirent, pour ce faire, de masses organiques ou inorganiques non résorbables. C'est un fait maintenant établi par les observations de Tuffier et de nombreux auteurs que ce mode de compression était bien toléré par l'organisme et Tuffier, en particulier, a revu des malades deux et trois ans après l'opération et la tolérance de l'organisme pour les greffes était parfaite.

Roux-Berger, par la suite, partant de l'idée que les suppurations pulmonaires de nature non bacillaire n'étaient justifiables que d'une compression temporaire, compression maintenue jusqu'à la guérison, employa ce procédé chez cinq de ses malades. Il fut suivi dans cette voie par Descarpentries et par Papin.

Pour ce qui est des suppurations aiguës ou subaiguës, nous sommes partisan du procédé de Roux-Berger qui est plus simple au point de vue technique, qui permet le retour intégral du poumon à la paroi et qui paraît, d'après les résultats obtenus, avoir une action de compression suffisante pour affaïsser les lésions. En outre, nous savons que quelquefois, les greffes s'infectent, se trouvant de toute nécessité dans le voisinage

d'une lésion septique du poumon et, d'autre part, il est arrivé que les masses inorganiques étaient éliminées soit à l'extérieur, soit dans les plèvres. On évite ces accidents avec la méthode de Roux-Berger.

Aussi, pour toutes ces raisons, nous nous montrons partisan, dans le cas de suppurations aiguës ou subaiguës, de la compression temporaire.

Dans le cas de suppurations chroniques, de dilatation des bronches, la question est tout autre, car il est certain que la compression doit s'exercer longtemps pour arriver à affaïsser les lésions. Tuffier et Lambret ont obtenu d'excellents résultats avec la compression définitive du poumon. Descarpentries, d'autre part, nous cite trois cas de dilatation des bronches traités par le simple tamponnement temporaire. Il est difficile de se faire une opinion par suite du petit nombre de faits connus, mais il semble cependant que dans les cas de lésions chroniques, on doive recourir de préférence à la compression définitive.

Telles sont les réflexions que nous a suggérées l'étude des indications du traitement chirurgical des suppurations pulmonaires par le décollement pleuro-pariétal. Cette étude nous montre que cette opération mérite d'être effectuée plus souvent, à condition de bien choisir les cas où elle devra être utilisée et qu'elle donnera alors des résultats tout à fait intéressants.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé PAPIN).

Jean N..., 41 ans, traînait une grippe légère qui lui occasionnait une forte lassitude depuis le milieu du mois de mars 1924, lorsque, vers le 25 avril, les phénomènes prirent brusquement une allure plus aiguë. Il souffre alors vivement de la gorge, du cou, de la région sus-claviculaire droite avec obligation d'incliner sa tête sur l'épaule de ce côté. La fièvre monte, les râles de bronchite se font plus abondants, une tuméfaction inflammatoire remplit le creux sus-claviculaire droit, si douloureux que le malade peut à peine tousser et, dans la nuit du 1^{er} au 2 mai, il évacue brusquement en toussant une grande quantité de pus brun très fétide. Il entre alors dans le service du professeur Verger.

La température est alors à 38°. Le malade fatigué continue à cracher du pus horriblement fétide. Il y a un gonflement inflammatoire du creux sus-claviculaire droit. L'auscultation du sommet du poumon droit décèle des signes cavitaires. Une radioscopie montre une cavité, assez volumineuse, occupant tout le sommet du poumon droit.

Pendant plusieurs semaines on continue un traitement médical très poussé. Les crachats sont moins abondants, mais l'expectoration ne cesse jamais et est toujours extrêmement fétide. La température descend parfois au-dessous de 37° pour remonter à 38°. Le malade est pâle, amaigri, très fatigué. Le 16 mai, la température monte brusquement à 40°4, et le malade a une nouvelle vomique abondante.

A partir de ce moment, au lieu d'être de temps à autre en apyrexie comme après la première vomique, le malade reste entre 38° et 39°.

L'expectoration est toujours abondante et fétide. L'état général s'altère. L'examen bactériologique des crachats montre l'absence de bacilles de Koch, et par contre une véritable purée de microbes divers en particulier de nombreux diplocoques encapsulés paraissant être des pneumocoques. Devant la progression des accidents et les données de la radioscopie, on décide une intervention qui, après réflexion, semble devoir être un décollement pleuro-pariétal du sommet du poumon.

Opération le 23 mai. Légère anesthésie au chloroforme, qui sera totalement supprimée en laissant revenir les réflexes, après le temps de résection costale.

Résection du premier et du deuxième cartilage costal et résection de la première côte jusqu'au-dessous de la clavicule, au niveau de la veine sous-clavière. Par la brèche faite, décollement pleuro-pariétal du sommet du poumon droit. Le décollement est facile, sauf tout à fait en dedans, un peu en avant de la colonne vertébrale. On s'arrête après un décollement de 10 centimètres environ sur 12 centimètres. La cavité a environ le volume du poing. On maintient l'affaissement à l'aide de plusieurs longues mèches de gaze stérilisée. Sérothérapie antigangréneuse.

Suites opératoires. — Contrairement à ce qu'on attendait, il n'y a pas d'expectoration abondante immédiatement après l'opération. Peut-être la scopolamine-morphine faite avant l'opération y est-elle pour quelque chose. L'expectoration reste aux environs d'un plein crachoir quotidien pendant les premiers jours, puis elle diminue régulièrement en même temps que la température tombe. Quelques poussées fébriles coïncident alors avec une éruption purpurique que le malade présente aux membres inférieurs. A partir du quatorzième jour, l'apyrexie est complète et la température est toujours restée normale depuis. C'est la diminution de l'expectoration qui semble être l'indice le plus régulier de la guérison. Sa quantité quotidienne décroît progressivement avec une régularité remarquable en même temps que le malade engraisse. Vers le 25 juin, elle est absolument et définitivement tarie. Le malade mange avec appétit. Son état général est excellent. Le tamponnement du sommet pulmonaire a été maintenu trois semaines en changeant de temps à autre les mèches. Il est supprimé peu à peu, à mesure que la guérison se confirme. Le poumon reste

affaïssé et la cavité qui le sépare de la paroi se comble peu à peu par seconde intention. La radioscopie confirme la guérison. Le malade est revu en août 1914 ne crachant plus, ayant engraisé, travaillant. Six mois après l'intervention en novembre 1924, sa santé est parfaite.

. OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur PAPIN).

Mme B..., 32 ans, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Verger, le 13 avril 1925.

Le début de la maladie remonte au 20 février 1925. La malade présente à cette époque un abcès de l'amygdale gauche ouvert spontanément. Six jours après elle se plaint de douleurs articulaires, et un point de côté violent siégeant dans l'aisselle gauche, s'irradiant en avant et en arrière dans le quatrième espace intercostal. Frissons. La température monte à 39°. Puis surviennent des crises de toux se terminant par une expectoration, tout d'abord peu marquée, mais devenant de plus en plus abondante et fétide. De véritables vomiques apparaissent alors. A cette époque un examen clinique pratiqué ne dénotait rien à l'auscultation.

Examen le 17 avril 1925. La malade expectore un liquide franchement purulent, qu'elle expectore par de véritables vomiques apparaissant sans horaire fixe. Liquide purée de pois, fétide. La température est de 38° à l'arrivée. Point douloureux siégeant dans le cinquième espace intercostal gauche en arrière.

A la percussion en avant, entre la clavicule et la deuxième côte, submatité. Au-dessous de cette deuxième côte, dans le troisième espace intercostal gauche, bruit de pot fêlé. Douleurs marquées à la percussion en ce point. En arrière, douleur à la percussion dans le cinquième espace intercostal gauche.

A l'auscultation : respiration un peu plus rude à gauche qu'à droite, en avant et en arrière. Pas de pectoriloquie aphone. Pas d'égophonie. Le signe du son est négatif. Rien à signaler du côté des autres appareils. La malade est enceinte de six mois. Deux examens radioscopiques pratiqués montrent une cavité siégeant au sommet gauche avec niveau liquidien. Deux examens radiographiques montrent : 1° deux

plaques faites l'une en incidence antérieure, l'autre en incidence postérieure, montrent une opacité siégeant au sommet, et se projetant en avant au niveau des deuxième et troisième côtes; 2° un examen au lipiodol n'a pas donné de renseignements utiles, le lipiodol ayant filé dans la bouche inférieure et n'ayant pas rempli la cavité.

La malade est alors transatée dans le service de M. le professeur Bégouin pour intervention.

Intervention. — M. le professeur agrégé Papin pratique, le 28 avril 1925, l'opération du décollement pleuro-pariétal. Anesthésie au chloroforme. Résection de la deuxième côte gauche en avant jusqu'à la ligne axillaire antérieure. A signaler comme incident une déchirure latérale légère de la veine sous-clavière due au mauvais fonctionnement du costotome. Ligature latérale. La deuxième côte étant réséquée, l'anesthésie générale est supprimée. Le décollement est facile en haut et en bas. En arrière, la difficulté est plus grande. On obtient ainsi un décollement de 10 centimètres, mais au moment où on l'achève, il se produit une petite déchirure de la plèvre. L'air pénètre en sifflant dans la cavité pleurale. On tamponne immédiatement avec de longues mèches de gaze qui servent à établir la compression.

Suites opératoires. — Elles sont très bonnes pendant une semaine. Durant les trois premiers jours, la malade présente une dyspnée marquée avec anxiété respiratoire due au pneumothorax, et qui cède bien à la morphine. L'expectoration diminue. La température est de 36°2, 37°. Le huitième jour, la malade souffre du ventre, se plaint de coliques et, le neuvième jour, elle accouche prématurément. Elle est transportée à Canolle (pavillon des accouchées infectées).

La fièvre monte et la plaie du décollement pleuro-pariétal qui suppurait déjà depuis quelques jours, suppure avec plus d'abondance. La malade est ramenée à l'hôpital Saint-André. Les phénomènes infectieux augmentent et, malgré tous les soins pratiqués, la malade meurt une semaine après son accouchement.

Nécropsie. — La plaie du décollement pleuro-pariétal conduit dans une cavité intra-pleurale infectée et suppurée.

OBSERVATION III.

*Abcès gangréneux du poumon. — Décollement pleuro-pariétal.
Greffe d'un lipome conservé à la glacière. (TUFFIER).*

Un homme de 34 ans est reçu, dans le service du professeur Debove, à Beaujon, le 13 avril 1910, pour des accidents de gangrène pulmonaire.

Cet homme, à la suite d'une bronchite aiguë il y a quatre ans, a continué à tousser le matin surtout et à expectorer à ce moment des crachats spumeux ou légèrement jaunâtres. Ces petits accidents augmentaient un peu l'hiver, diminuant pendant la belle saison, et presque chaque année dans le courant de février et de mars, s'accompagnaient d'un point de côté gauche qui siégeait sur le trajet d'une ligne verticale, passant par l'angle inférieur de l'omoplate, et occupait la région de la huitième côte. Après quelques jours pendant lesquels il y avait un peu de fièvre, tout disparaissait.

Dix jours avant d'entrer à l'hôpital, le malade fut pris de son point de côté annuel, moins violent, mais avec une grande dyspnée. Il présentait un peu de fièvre avec anorexie et prostration. Les jours suivants ses crachats devinrent abondants et absolument fétides, et à son entrée on constate les faits suivants :

Cet homme est pâle, prostré, le visage terreux, il est dyspnéique. L'examen thoracique révèle au voisinage de la huitième côte gauche de la matité, une diminution du murmure vésiculaire, un souffle, de la pectoriloquie aphone. Le crachoir du malade est rempli d'un liquide brunâtre horriblement fétide et se déposant par le repos en trois couches. Diagnostic : gangrène pulmonaire avec cavité assez vaste. La température étant de 38°8 et le pouls rapide, l'état général mauvais, le pronostic est assez sombre.

Une ponction exploratrice permet de retirer environ 200 grammes d'un liquide horriblement fétide, épais, brun, en tous points analogue au liquide contenu dans le crachoir.

Devant ces signes généraux, l'asthénie profonde, la faiblesse et la rapidité du pouls, l'intervention est décidée. A ce moment au niveau des huitième et dixième côtes gauches existent des signes cavitaires.

Le malade entré dans notre service, nous procédons à la radio,

On constate une ombre siégeant à gauche au-dessus et en dedans de l'ombre cardiaque. Le reste du poumon paraît indemne, sauf quelques ganglions trachéo-bronchiques apparents. La lésion gangréneuse est localisée à la partie postéro-inférieure du poumon gauche, alors que le poumon droit est sain.

Le 20 avril 1910, nous procédons à l'opération suivante : Anesthésie chloroformique prudente, le malade étant dans le décubitus latéral droit. Badigeonnage iodé de toute la région latérale gauche. Incision à concavité inférieure, passant en bas au niveau de la huitième côte gauche et arrivant sur la ligne mamelonnaire. Résection de la sixième côte sur une étendue d'environ 6 centimètres; résection de la cinquième côte, sur une étendue un peu moindre. La résection faite, je vois dans la plaie en avant, la plèvre libre et sans adhérences avec le poumon sain. Il existe au contraire en arrière de nombreuses adhérences et le poumon est dur et opaque. A ce moment l'anesthésie étant réduite au minimum et laissant ses réflexes au malade, je décolle largement la plèvre dans toute l'étendue et au delà de la région indurée, surtout en haut. Le poumon s'éloigne de la paroi costale, aussi bien dans sa portion libre que dans sa portion adhérente, et le malade rend une quantité notable de pus. J'obtiens ainsi entre les côtes avoisinantes (5, 6, 7, 8) et le feuillet pariétal de la plèvre décollée un espace du volume du poing.

C'est cet espace, véritable pneumothorax extra-pleural, que je vais combler de la façon suivante :

Le 14 avril dernier, c'est-à-dire six jours auparavant, j'avais enlevé un lipome volumineux et ancien de la région dorsale d'une femme qui ne présentait aucune tare organique. Ayant l'habitude de conserver à la glacière certains organes avec toutes les précautions d'asepsie possibles, j'ai pris de ce lipome une partie du volume d'un poing et je l'ai placé dans une très large éprouvette et fermée comme un tube de Pasteur, qui resta depuis à la glacière. L'examen histologique indiquait : lipome banal. Le 20 avril, je pris donc, après le décollement pleuro-pariétal du poumon, ce lipome et je l'introduisis sous les côtes 5, 6, 7, de façon à combler tout l'espace laissé libre par le décollement pleuro-pariétal. Je suturai ensuite toute la paroi musculaire au catgut et la peau comme d'habitude.

Pendant quelques minutes, la chloroformisation avait été suspendue pour que l'expectoration des crachats pût se faire librement et, à la fin de l'opération, le malade avait rendu deux crachoirs de liquide brun, fétide. Température 37°. Pouls : 80. L'état général était bon, la respiration nullement gênée.

Le surlendemain, il n'y avait eu que quelques crachats et le troisième jour, le crachoir contenait une expectoration jaunâtre spumeuse, sans odeur. A partir de ce moment, la température ne dépassa pas 37°5 et le pouls : 80.

A l'auscultation, les signes cavitaires avaient disparu. On ne trouvait, au niveau de la région opérée, qu'une diminution du murmure vésiculaire. Le malade avait retrouvé sa toux matutinale, et le 28 avril, on enlevait le pansement et tout rentrait dans l'ordre. Etat général parfait. Quelques râles à la base du poumon gauche. Une radio faite le 3 mai montre que l'espace foncé qui représentait la caverne gangréneuse a disparu et on trouve au niveau et au-dessus des côtes réséquées, une tache opalescente, qui représente le volume de la masse lipomateuse greffée.

OBSERVATION IV (résumée).

Abcès gangréneux du poumon droit. — Décollement pleuro-pariétal. — Greffe d'épiploon conservé à la glacière. — Amélioration. — Guérison. (TUFFIER).

Femme de 30 ans, entrée le 23 novembre 1910 à Beaujon et opérée le 1^{er} décembre 1910. Les accidents avaient débuté en août : broncho-pneumonie avec vomique le 11 août. Expectoration purulente fétide : hémoptysies les 11 et 18 novembre 1910. Foyer diffus en arrière et en dehors vers la sixième côte droite. Opération par pleurolyse avec résection de la sixième côte. Décollement d'environ 15 centimètres partout où la plaie est adhérente et épaisse : greffe épiplœique. Amélioration progressive. Guérison le 23 décembre 1910.

OBSERVATION V.

ROUX-BERGER, *Bullet. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1921.

Homme de 35 ans, qui me fut adressé en novembre 1913 par le professeur Rénon. Il était atteint depuis cinq mois d'une bronchite fétide que la thérapeutique médicale n'améliorait que de façon intermittente et très incomplète. L'expectoration fétide était généralement très abondante. Sa diminution par périodes s'accompagnait régulièrement de fièvre. Aucune vomique à proprement parler ne s'était jamais produite. Plusieurs examens des crachats n'avaient jamais révélé de bacilles de Koch. L'état général commençait à s'altérer : perte d'appétit, début d'amaigrissement, sueurs. On trouvait chez ce malade une matité et une abolition des vibrations absolue avec silence respiratoire dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. La radioscopie montrait une obscurité complète dans cette zone avec immobilité du diaphragme. La partie supérieure du poumon était claire.

Le malade avait été vu par le docteur Fiessinger, qui, au cours de ponctions répétées, avait retiré une goutte de pus. Le diagnostic porté était celui de collection purulente.

J'opérai cet homme en présence du docteur Fiessinger, et aidé par le docteur Sorel. Sous anesthésie locale complétée par le chloroforme, j'enlevai un fragment de la cinquième côte sous le mamelon gauche. Par cette brèche, je ponctionnai le poumon, mais il me fut impossible de retirer une goutte de pus. La plèvre était adhérente et le poumon sous-jacent dur. Je pratiquai au doigt un vaste décollement pleuro-pariétal et je comprimai le poumon en tassant dans l'espace décollé de nombreuses mèches. Les suites furent simples, marquées simplement par une légère élévation thermique de quelques jours. Le tamponnement fut maintenu quinze jours, et changé dans cet espace de temps environ tous les cinq jours. Presque aussitôt après l'intervention, l'expectoration diminua très rapidement en cessant d'être fétide, et deux mois après, le 28 janvier 1919, elle était réduite à 10 grammes par jour. L'état général était excellent, l'appétit revenu, le malade avait engraisé en même temps que l'expectoration diminuait. La plaie opératoire était cicatrisée.

OBSERVATION VI.

ROUX-BERGER, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1921.

Adulte atteint depuis trois mois d'une expectoration extrêmement fétide et abondante ne contenant pas de bacilles de Koch, mais du streptocoque. L'état général était médiocre. Amaigrissement prononcé, teint plombé, sueurs abondantes, température à grandes oscillations, pas de vomiques vraies.

L'examen clinique et la radioscopie font poser le diagnostic de pleurésie interlobaire droite. Sur l'écran, on constate en effet une ombre transversale absolument opaque, occupant toute la largeur du poumon au niveau de sa partie inférieure. Le sommet et toute la base sont parfaitement clairs.

J'opère ce malade en novembre 1913. Sous anesthésie locale, j'enlève un fragment de côte en dedans du bord interne de l'omoplate. La plèvre est adhérente. Ponctions exploratrices multiples. En un point je ramène quelques centimètres cubes d'un liquide séro-purulent. En ce point, pensant trouver une collection, je pénètre avec une pince d'abord, puis au doigt, dans le tissu pulmonaire qui, à ce niveau, forme un bloc très dur. Je ne trouve aucune collection. En vue d'affaïsser le poumon, je fais un décollement pleuro-pariétal. Un drain est mis dans le tunnel profond creusé dans le poumon, et tout autour de lui je tasse des mèches.

Les suites furent d'emblée des plus favorables. La température décroît aussitôt et atteint la normale en quelques jours. A partir du quatrième jour, la fétidité des crachats a disparu. L'expectoration se réduit à quelques crachats. Localement, une suppuration s'établit. Au quinzième jour, le drain et ses mèches sont enlevés, et deux mois après l'opération la cicatrisation est complète.

J'ai vu ce malade en mars 1914, soit trois mois environ après l'opération, il était méconnaissable. Il était gras, en parfait état général, ne crachait presque plus, et les quelques crachats par vingt-quatre heures n'avaient pas d'odeur. L'examen ne révélait pas de zone mate, la respiration s'entendait normalement partout, et il ne persistait qu'un peu d'exagération des vibrations autour de la cicatrice.

OBSERVATION VII.

ROUX-BERGER, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1921.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans, chez qui la maladie avait débuté onze mois auparavant par des accidents aigus qui l'avaient fait hospitaliser à Tenon : fièvre, toux, odeur fétide de l'haleine, puis expectoration chocolat abondante et fétide. La radioscopie montrait sous la clavicule une collection hydro-aérique. Après plusieurs vomiques et une grande hémoptysie, l'état s'améliora suffisamment pour que le malade pût recommencer à travailler.

Après un mois, les accidents réapparaissent, et le malade entre à Tenon dans le service du docteur Weill. A ce moment, il est en assez bonne santé apparente. Expectoration spumeuse, sans odeur, sans bacilles de Koch. Température au voisinage de 38°. Au sommet droit, submatité et gros râles de bronchite. Retentissement de la toux; inspiration et expiration rudes; vibrations normales. La radioscopie montre un foyer d'ombres à limites diffuses et vaguement arrondies sous la clavicule droite à sa partie externe. Ombres hilaires étendues. Base normale, mouvements diaphragmatiques normaux.

Le 28 avril, un premier pneumothorax est établi (225 cc. d'azote). D'avril à juillet, ce pneumothorax est entretenu par des injections fréquentes d'azote atteignant 900 cc. sous pression 4 et 6. Pendant toute cette période de trois mois, l'état général reste bon, mais la température oscille entre 37° et 39°, l'expectoration entre 70 cc. et 90 cc. par vingt-quatre heures. Le B.-W étant positif, un traitement arsenical et mercuriel fut institué sans résultat.

En août, ce malade me fut envoyé et voici le résultat de l'examen radiographique et radioscopique pratiqué à son entrée dans le service :

Les deux tiers inférieurs du poumon sont affaissés par un vaste pneumothorax, mais le tiers supérieur reste accolé à la paroi thoracique. Il est gris et contient une petite caverne. Le pneumothorax a donc agi sur la partie libre d'adhérences et saine du poumon. Il

est resté sans effet sur la partie supérieure malade et fixée. Ombres hilaires.

C'est pour affaïsser ce sommet que le docteur Weill m'envoya ce malade que j'opérai le 10 août 1920.

Je réséquai sous la clavicule la deuxième côte sur une longueur d'environ six centimètres, et découvris un bloc pulmonaire induré dont je commençai le décollement. C'est dans cette manœuvre qu'à la limite de la zone d'adhérences des deux feuillets, je déchirai la plèvre pariétale, pénétrant dans la très vaste cavité du pneumothorax artificiel.

Cette déchirure, par ses dimensions, la minceur de la plèvre, son siège, était impossible à réparer.

Le tiers supérieur du poumon complètement affaïssé, fut maintenu par un pessaire de Gariel, n° 7. Fermeture partielle de la plaie.

Les suites opératoires furent d'emblée mauvaises. Dès le soir, le malade a une dyspnée prononcée et souffre du côté opéré. La température est au voisinage de 38°. Le 14 août, la température s'élevant, j'enlève le ballonnet qui est bien gonflé. Mais derrière lui s'est fait dans la plèvre une rétention d'environ un verre de sérosité louche que j'évacue. Dans ces conditions, je supprime la compression et remplace le ballonnet par un drain. Les jours suivants, l'état alla en s'aggravant; la température atteignit 39°, en même temps que se développait une infection grave de la cavité du pneumothorax qui fut drainée au point déclive. Amaigrissement très rapide, sueurs profuses, persistance de la fièvre, aucune modification de l'expectoration, et le malade mourait le 15 septembre, vingt-cinq jours après l'opération.

A l'autopsie, je trouvai du liquide séro-purulent dans la cavité pleurale, un poumon ratatiné et intimement adhérent à la gouttière costo-vertébrale, et qui ne pût être libéré qu'en pénétrant dans le tissu pulmonaire. A la coupe, le poumon est dur et parsemé de petites cavités purulentes du volume d'un pois.

OBSERVATION VIII.

Dilatation des bronches. — Décollement pleuro-pariétal. — Greffe de tissu adipeux. — Amélioration. — Guérison. (LAMBERT, Bull. et Mém. Soc. de Chir., 1913.)

S..., 36 ans, tisserand, entre dans mon service à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, le 29 mai 1912. Il n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 21 ans, époque à laquelle, à la suite d'un froid vif, il paraît avoir fait une pneumonie, car il eût de la fièvre, un frisson et des crachements de sang. Les choses se compliquèrent sans doute, car il dut garder la chambre pendant cinq mois, toussant et crachant abondamment. Depuis cette époque, il fut alternativement bien portant l'été, malade l'hiver, mais présentant en tout cas, une expectoration considérable. Tous les traitements médicaux ont échoué.

C'est un homme d'apparence robuste et de bon état général. A l'examen, on trouve au niveau du sommet gauche, en avant et en arrière, une matité qui descend jusqu'au troisième espace intercostal. Les vibrations thoraciques sont exagérées dans toute la zone correspondante, et il existe même de la douleur à la pression. A l'auscultation, il y a un souffle intense perceptible en avant et en arrière. On trouve en avant, sous la clavicule, un gargouillement superficiel. L'examen radioscopique décèle une zone très sombre, ovalaire, occupant le sommet gauche. Le malade tousse et expectore surtout le matin. Cette expectoration est muco-purulente, très abondante, atteignant certains jours un crachoir entier : elle n'est pas fétide. Des examens radioscopiques répétés montrent l'absence de bacilles de Koch. La flore microbienne est cependant abondante et constituée principalement par des strepto et des pneumo. Pas de température. L'existence au sommet gauche d'une caverne ou d'une grosse dilatation des bronches est évidente.

Le 3 avril, intervention. Incision en volet à charnière externe, allant de la clavicule à la troisième côte. Résection de 6 centimètres de la partie interne de la troisième côte, ce qui donne un jour insuffisant. Résection d'une portion plus importante de la deuxième côte, la plèvre étant soigneusement respectée. Décollement de la plèvre d'avec la paroi thoracique. Cette plèvre est épaisse mais souple. Tout

le sommet de la plèvre est bientôt décollé et on peut palper à travers le sac pleural le sommet du poumon qui est induré. Mais on se rend compte qu'il est facile de le repousser et de l'aplatir pour le mettre en collapsus. On prélève alors dans la région sous-ombilicale une masse de tissu cellulo-grasieux du volume d'une orange, on la dépose dans cette loge extra-pleurale ainsi artificiellement créée et qui se trouve maintenant être complètement comblée. On suture par-dessus muscles et peau, sans drainage. Pansement compressif.

Le malade rejette dans l'après-midi un crachoir et demi d'une expectoration muco-purulente, puis il reste deux jours sans rien expectorer, mais le troisième jour il fait une poussée de bronchite avec élévation de température et signes stéthoscopiques des plus nets. Cette bronchite s'apaise d'ailleurs rapidement; l'état général s'améliore et à sa sortie, le 11 mai, le malade avait gagné 3 kilos. A ce moment, on ne trouve plus à l'auscultation que quelques frottements dans la fosse sus-épineuse. Le souffle et le gargouillement ont disparu et ont fait place en avant à un silence respiratoire avec matité légère et exagération des vibrations. A la radioscopie, tout le sommet gauche est de teinte grisâtre. L'expectoration est insignifiante, limitée à 2 ou 3 crachats spumeux, le matin.

Le malade a été reçu, le 25 octobre dernier, six mois après l'intervention. Il a grossi, l'état général est florissant, le teint est vermeil. L'expectoration est toujours limitée à un ou deux crachats par jour. Les signes stéthoscopiques n'ont pas varié. A l'inspection de la paroi thoracique, on constate un léger affaissement qui s'accroît au moment de l'inspiration.

OBSERVATION IX.

DESCARPENTRIES, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1921.

J. P..., 45 ans, a été soigné en janvier 1919 par le docteur Dispa, pour une broncho-pneumonie grave. L'affection traînant en longueur, l'enfant est très amaigri. Il présente de la fièvre atteignant 39° tous les soirs. Il expectore abondamment des crachats, ne renfermant pas de bacilles de Koch. Il présente des râles disséminés dans tout le

lobe inférieur droit. Toux et dyspnée à l'effort. L'examen radioscopique était impossible, les Allemands nous ayant pris nos installations. Plusieurs ponctions furent pratiquées; une seule, faite dans le neuvième espace intercostal à 10 centimètres de la crête vertébrale, ramena 2 cc. de liquide séro-purulent. L'état de l'enfant empirait de jour en jour et l'on me demanda d'intervenir à l'endroit de la ponction. Le 10 avril, anesthésie aux vapeurs chaudes d'éther, résection d'une portion de la neuvième côte; pas de liquide dans la plèvre, mais accolement des deux feuillets qui se laissent facilement décoller par le doigt. Par d'abcès pulmonaire. Plusieurs ponctions pulmonaires restent négatives. Le poulmon totalement décollé de la paroi thoracique et le diaphragme s'affaisse. On place deux gros drains en canon de fusil qui furent enlevés le surlendemain. Guérison opératoire sans incidents. La toux et la fièvre disparurent très rapidement; l'état général s'améliora progressivement. Le jeune homme se porte actuellement parfaitement bien. La radioscopie ne montre rien de particulier.

OBSERVATION X.

DESCARPENTRIES, *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1921.

L. D..., voisin du premier malade, opéré par moi, et dont il connut de suite l'amélioration à la suite de son opération, vint me trouver. Il présentait depuis cinq ans, à la suite d'une forte grippe, une bronchite fétide. Il expectore chaque matin environ un grand verre à bière de pus. Il avait été soigné médicalement pendant longtemps.

La radiographie montre des obscurités mal définies, localisées dans la portion inférieure du poulmon gauche. Plusieurs séances de radioscopie me confirment qu'il n'y a pas de cavités appréciables. Dyspnée à l'effort très accentuée.

Le malade avait 19 ans et présentait une taille supérieure à la moyenne. La température atteignait 38°3 tous les soirs. Râles disséminés dans tout le poulmon gauche. Me rapportant aux enseignements du professeur Tuffier, j'intervins le 9 août 1919.

Anesthésie aux vapeurs chaudes d'éther, résection partielle de la huitième côte. On trouve une plèvre accolée intimement à la paroi

thoracique, et on procède au décollement qui est rendu difficile par la solidité des adhérences. Le décollement diaphragmatique est plus aisé et je m'arrête aux abords du péricarde et du médiastin. Le poumon s'affaisse mal. On place deux gros drains en canon de fusil qui seront retirés le surlendemain.

L'expectoration diminua rapidement et atteignit la valeur d'un verre à vin chaque matin; l'état général s'améliora et la plaie se cicatriza normalement. J'ai vu ce jeune homme ces temps-ci. Il est employé dans une banque. L'état général est relativement satisfaisant, mais l'expectoration matutinale est toujours d'environ un petit verre à vin. La radioscopie montre un poumon gauche très clair comme s'il existait des zones d'emphysème. Il persiste une zone obscure très nette près du péricarde, remontant vers le hile dans toute la région qui n'a pas subi le décollement.

OBSERVATION XI.

TUFFUR, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1921.

Homme de 35 ans, opéré le 5 janvier 1912 pour une suppuration pulmonaire avec vomique datant de novembre 1910. Le foyer occupait la région axillaire droite. Décollement pleural. Greffe graisseuse. Amélioration progressive. Guérison le 2 novembre 1912.

OBSERVATION XII.

LILIENTHAL, *Annals of Surgery*, 1914.

Bronchite fétide prise pour un abcès du poumon droit. Décollement pleuro-pariétal et compression du poumon par un bloc de paraffine. Infection secondaire de la poche extra-pleurale. Mort douze jours après l'opération.

OBSERVATION XIII.

DESCARPENTRIES, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1921.

Dilatation des bronches datant de cinq ans chez une malade de 22 ans. Lésions siégeant à la partie moyenne du poumon gauche

et s'accompagnant de dyspnée, d'expectoration légère. Température : 38°, 39°. Décollement pleuro-pariétal. Amélioration indiscutable persistant quatre mois après l'opération.

OBSERVATION XIV.

ROUX-BERGER, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1921.

Dilatation des bronches chez un enfant de 12 ans 1/2, siégeant à la base gauche. Le début de la maladie remonte à trois ans.

Expectoration marquée et fétide, sans fièvre. Intervention. Décollement pleuro-pariétal de toute la base gauche du poumon. Tamponnement par mèches de gaze, puis par un pessaire en caoutchouc.

Les résultats immédiats sont parfaits. L'expectoration augmente les premiers jours, puis diminue. Mais, par la suite, on ne put obtenir une guérison complète, malgré une tentative de pneumotomie pratiquée une vingtaine de jours après la première intervention. L'expectoration continua à se produire moins abondante, mais toujours un peu fétide.

OBSERVATION XV.

ROUX-BERGER, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1921.

Malade de 26 ans, transatée de médecine avec le diagnostic de pleurésie interlobaire droite. Intervention pratiquée en vue de découvrir et de drainer une collection interlobaire. Toutes les ponctions exploratrices sont négatives. On pratique alors un décollement pleuro-pariétal. Tamponnement serré à l'aide de mèches de gaze. Le lendemain de l'opération, vomique abondante. La température reste élevée quelques jours. Dix-sept jours après l'opération, la défervescence se fait. La malade est très améliorée.

Douze jours après, malgré une légère infection de la zone décollée, l'expectoration est réduite à quelques crachats et six semaines après l'opération, la malade est en parfait état.

OBSERVATION XVI.

RIBADEAU, DUMAS et MOCQUOT, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd.
des Hôpitaux de Paris*, 1922.

Dilatation des bronches siégeant dans le tiers supérieur du poumon gauche, chez une malade de 35 ans, présentant des signes de cavité pulmonaire avec pseudo-vomiques fétides et hémoptysies sans altération de l'état général. Après une tentative de pneumotorne on pratique, cinq mois après, le décollement pleuro-pariétal, avec compression locale par une éponge en caoutchouc. Infection secondaire de la zone décollée, incident qui n'empêche pas d'obtenir une guérison parfaite.

CONCLUSIONS

1° Le décollement pleuro-pariétal, dans les cas de suppuration pulmonaire non bacillaire, est une bonne opération, mais les cas auxquels il s'adresse doivent être choisis avec soin.

2° Il ne peut être employé que dans des cas de lésions s'ouvrant et se drainant bien par les bronches.

3° L'absence d'adhérences pleurales contre-indique son emploi. Les plèvres doivent être soudées au niveau de la lésion.

4° On ne doit pas y avoir recours en cas d'épisode pleural concomitant.

5° Les lésions siégeant au sommet bénéficient dans une plus large mesure de cette intervention.

6° Les résultats sont beaucoup plus effectifs dans les cas de lésions aiguës ou subaiguës. Les lésions anciennes chroniques sont moins favorablement influencées.

7° La compression temporaire du poumon (méthode de Roux-Berger) donne de bons résultats dans la majorité des cas.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président

C. SIGALAS.

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Bordeaux, le 10 juillet 1925.

Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHWER. — The pathology of lung suppuration. *Annals of the surgery*, année 1922.
- BABCOCK. — The technic of thoracic operations. *Penn. M. J. Athens*, 1913.
- BAER. — Beitrag zur Kavernen Chirurgie. *Berlin. klin. Wochenschrift.*, 1913; *Munchen med. Wochen schrift.*, 1913.
- BARTHES. — Thèse de Montpellier, 1908.
- BEIGNOT. — Thèse de Paris, 1922.
- CHEVALIER. — Thèse de Paris, 1905-1906.
- COLLINS. — Surgery of the lung. *Illinois M. J. Dak Park*, 1922.
- COUTEAUD. — De l'anesthésie locale en chirurgie intrathoracique *Bull. Acad. Paris*, 1916.
- DANIELSEN. — Beitr. zur Lungen Chirurgie. *Wien. klin. Rundschau*, 1909.
- DELAGLANDE. — L'ouverture des abcès du poumon. *Lyon chirurgical*, 1910.
- DELBET. — *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, année 1921.
- DÉNÉCHAU. — Pneumothorax artificiel et gangrène pulmonaire. *Bulletin médical*, année 1921.
- DENK (W.). — Le traitement opératoire de la π pulmonaire. *Wien. klin. Wochenschrift.*, année 1925.
- DESCARPENTRIES. — *Bull. et mém. Soc. chir. de Paris*, année 1921.
- DE VERNEJOL. — Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1922.
- FRIEDRICH. — Ueber Lungen Chirurgie. *Munchen. med. Wochenschrift.*, 1908.
- GARRÉ. — III^e Congrès international de chirurgie. Bruxelles, 1911.

- GEVERDEN. — *Munchen. med. Wochenschrift.*, année 1913.
- GRAHAM. — Recent advances in the surgery of the lung. *Long Island. M. J. Brooklyn*, 1918.
- GRÉGOIRE. — Résection partielle du poumon pour abcès. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie de Paris*, 1918.
- GUIBAL. — Dilatation bronchique traitée par la lobectomie. *Bull. et mém. Soc. de chir. Paris*, 1924.
- GUIBOURG. — Thèse de Paris, année 1907-1908.
- GWATHNEY. — The anesthesie problem in lung surgery. *Medical record*, année 1920.
- HEDBLOM. — *The Journal of the Am. med. Ass.*, 1924.
- KENDIRDJY. — Traitement chirurgical de l'abcès du poumon. *Clinique*, Paris, 1917.
- KRABEL. — Traitement opératoire des abcès du poumon. *Wesphalisch. Chirurgie*, année 1905.
- JESSEN. — Ueber pneumolyse. *Munch. med. Woch.*, années 1913 et 1914.
- LAMBERT et MILLER. — *Archives of surgery*, New-York, année 1924.
- LAMBRET. — *Bull. et mém. Soc. de chir. Paris*, 1913.
- LENORMANT. — Le pneumothorax extra-pleural dans les suppurations chroniques du poumon. *Presse médicale*, 1913.
- LEURET et AUBERT. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, année 1914.
- LILIENTHAL. — Surgery of pulmonary suppuration. *Annals of surgery*, Philadelphia, années 1914 et 1922.
- LLYOD. — *Annals of surgery*, Philadelphia, 1921.
- MAC GUSE. — Surgery, gynecology and obstetrics, Chicago, 1923.
- MAYNE. — Bronchiectasis; its surgical treatment.
- MEYER. — *Annals of surgery*, Philadelphia, 1914.
- MÜLLER. — Thoracic surgery. *Med. Journ. and Record*, 1924.
- NAEGELI. — The surgical treatment of bronchiectasis. *Ztschr. aerztl. Fortbild.*, 1923.
- PAPIN (F.). — Un cas de suppuration pulmonaire ouverte dans les bronches, traité et guéri par l'affaissement opératoire du sommet du poumon. Voir Verger, Papin, Piéchaud, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 24 décembre 1924.

- PETERS. — The surgical treatment of abcess of the lung. *Virginia med. Monthly-Richmond*, 1920.
- PICOT. — La pneumotomie pour abcès du poulmon. *Journal de chirurgie*, Paris, 1910.
- Traitement des suppurations pulmonaires. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de Lucas-Championnière, 1921.
- RAYNAUT. — Thèse de Montpellier, 1915.
- RICHEROLLE. — Thèse de Paris, 1892.
- ROBINSON et MUMFORD. — *Annals of surgery*, Philadelphia, 1914.
- ROUX-BERGER. — Le traitement de certaines suppurations pulmonaires par le décollement pleuro-pariétal. *Bull. et mém. Soc. de chir. Paris*, 1921.
- SANTY et GUILLEMINET. — La thoracoplastie extra-pleurale dans la dilatation des bronches. *Lyon chirurgical*, 1924.
- STEWART. — Rayons X interpretation in pulmonary abcess. *N.-Y. State M. J.*, 1922.
- TRUC. — Essai sur la chirurgie du poulmon dans les affections non traumatiques. Thèse de Lyon, 1885.
- TOFFIER. — Congrès de chirurgie. Moscou, 1897.
- Congrès de chirurgie. Bruxelles, 1911.
- XVII^e Congrès international des sciences médicales de Londres, 1913.
- *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, années 1892, 1895, 1900, 1905, 1906, 1908, 1910, 1911, 1913, 1921, 1923.
- Chirurgie thoracique. Paris, éditeur Masson, 1914.
- VERGER, PAPIN et PIÉCHAUD. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1924.
- WANEN. — Surgery of pulmonary suppuration. *Clin. J. London*, 1921.
- WEIL et ROSENTHAL. — *Journal médical français*, année 1920.
- WESSLER. — Suppuration and gangrene of the lung. *J. Am. med. Ass.*, Chicago, années 1919, 1921.
- WHITEMORE. — Lung abcess from a practical surgical point of view. *Surg. gyn. and obs.*, 1920, 1924.

